

THÈSE 162 POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Pierre BASCOUL

Hyperesthésies Systématisées et Troubles connexes, dans la **Tuberculose Pulmonaire**

Président : M. le Professeur DEBOVE

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr.). (Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

JANVIER 1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs		M. LANDOUZY MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GABRIEL
Chimie organique et chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales		ACHARD
Pathologie médicale		WIDAL
Pathologie chirurgicale		DEJERINE
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		PIERRE MARIE
Opérations et appareils		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène		MARFAN
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée		CHAUFFARD
		ROGER
Clinique médicale		HAYEM
		GILBERT
		DEBOVE
		LANDOUZY
Maladies des enfants		HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		
		PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
		BAR
Clinique d'accouchements		PINARD
		RIBEMONT-DES-
		SAIGNES
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		A. ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GRÉGOIRE	LÉRI	REITTERER
BROCA ANDRÉ	GUENIOT	LÉPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MORESIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ MARCEL	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVAS-	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE	TINE	OKYNCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1778, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE — A MA MÈRE

*Témoignage d'affection, de
dévouement et de recon-
naissance.*

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A MES BEAUX-FRÈRES ET BELLES-SŒURS

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX
DE MONTPELLIER

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX
DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Paris
Médecin de l'Hôpital Beaujon

P. BASCOUL.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

L'exaltation de la sensibilité, dont on s'était peu occupé pendant longtemps, si ce n'est en physiologie, a repris, dans ces dernières années, en clinique, la place qui lui revient, de par la fréquence de ses manifestations. Quelques auteurs l'ont observée, accompagnée d'une série d'autres troubles nerveux de tous ordres, dans un grand nombre d'affections.

Il y a peu de temps, on a décrit, comme pouvant servir au diagnostic de la tuberculose pulmonaire, un signe tiré de la douleur provoquée par la pression du doigt, douleur qui serait constante au niveau des foyers de tuberculose. Vers la même époque, un autre auteur notait la fréquence des contractures au niveau des muscles cervicaux et thoraciques, et au moyen d'une méthode d'examen ingénieuse,

utilisait cette constatation, pour le diagnostic de la phtisie.

Nous avons eu l'idée de rechercher, dans la tuberculose pulmonaire chronique, les hyperestésies systématisées et les troubles connexes qui les accompagnent, de noter leur fréquence, et de voir si les phénomènes nouvellement décrits ne peuvent leur être rattachés, et s'ils peuvent être vraiment de quelque utilité diagnostique.

Notre travail est basé sur un certain nombre d'observations personnelles, prises dans différents services hospitaliers. Nous avons laissé de côté les cas où notre enquête, au point de vue des manifestations nerveuses, a été négative, et ceux où l'interprétation des résultats nous a paru sujette à caution.

Nous nous doutons que notre travail sera trouvé bien incomplet et plein de lacunes, ces défauts étant imputables à une expérience encore trop jeune de la clinique et de l'observation. Nous prions donc le lecteur de ne pas juger trop sévèrement, car, si le résultat n'est pas celui que nous eussions souhaité, du moins avons-nous apporté à l'achèvement de notre tâche une attention consciencieuse. Puissent nos efforts peser en notre faveur dans la balance de la critique ! Nous nous estimerons trop heu-

reux si nous n'avons pas fait œuvre tout à fait inutile.

Avant d'entreprendre cette étude, nous devons nous souvenir de ceux qui ont bien voulu nous aider dans notre tâche.

Nos remerciements vont tout d'abord à M. le Docteur Trémolières, chef de clinique médicale à l'hôpital Beaujon, qui a bien voulu nous guider dans nos recherches, et dont les utiles conseils ne nous ont jamais fait défaut.

Nous remercions bien sincèrement aussi M. le Docteur L. Jacquet, autant pour les indications précieuses qu'il a bien voulu nous donner que pour l'amabilité avec laquelle nous a été ouvert son service de bacillaires de l'hôpital St-Antoine ; en même temps qu'à lui, nous envoyons un remerciement à son élève, M. le Docteur Lebar. Nous prions notre maître, M. le Docteur Petit, médecin de l'Hôtel-Dieu, dont le service nous a fourni, lui aussi, des observations intéressantes, de croire à notre sincère gratitude.

Enfin, que M. le Professeur Debove accepte l'hommage de notre profonde et respectueuse reconnaissance, pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Voici quel est le plan très simple que nous avons suivi : Notre premier chapitre est divisé en deux articles. Dans le premier, nous exposerons les travaux récemment parus, et décrivant de nouveaux signes de la tuberculose pulmonaire, tirés de l'hyperexcitabilité du système nerveux. Dans le second, nous examinerons les travaux plus anciens que nous avons cru devoir leur rattacher. Nous exposerons le résultat de notre enquête et nos observations personnelles dans un deuxième chapitre. Le troisième chapitre sera consacré à l'étiologie et à la pathogénie des faits que nous étudions. De cette étude, nous essaierons de dégager une conclusion équitable sur la valeur sémeiologique des hyperesthésies systématisées et des troubles nerveux connexes dans la tuberculose pulmonaire, et en particulier sur la valeur diagnostique et pronostique des signes « *douleur à la pression* » et « *contracture musculaire* », qui ont été plus spécialement décrits récemment, comme pouvant servir au diagnostic de cette affection.

P. BASCOUL.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Article I

Depuis longtemps, la percussion douloureuse figure, dans les traités classiques, parmi les signes de la tuberculose pulmonaire. Tout récemment, on a décrit un signe analogue, que l'on rencontrerait dans la très grande majorité des cas : la *douleur à la pression* au niveau des points atteints, douleur qui s'accompagnerait le plus souvent d'une *contraction musculaire* de défense.

Il n'y aurait en somme là, qu'une généralisation à la tuberculose et aux autres affections pleuro-pulmonaires, des faits que le professeur Dieulafoy a étudiés dans l'appendicite aigue. Or, on connaît l'importance de ces deux symptômes dans cette affection.

SABOURIN (1), dans un article paru il y a quelques mois dans le journal des praticiens, constate que, sur un nombre respectable d'observations, il a observé à peu près constamment le signe de la *douleur provoquée par la pression au niveau des foyers* chez les tuberculeux pulmonaires. Ce signe, d'après lui, est celui qui a le plus de valeur, en dehors de ceux que fournissent l'auscultation et la percussion, et à côté d'un autre, que lui-même a décrit et qui consiste dans la présence de petits ganglions sus-claviculaires du côté de la lésion. Sabourin recommande d'explorer simultanément, de la pulpe des doigts (les pouces par exemple) les points symétriques des deux côtés. Car la douleur provoquée peut n'être que très légère, et le symptôme tire sa valeur de sa présence en un point très limité, et de l'insensibilité absolue ou relative des points voisins du même côté et du côté opposé.

Le même phénomène s'observerait aussi très fréquemment dans le cas de lésions profondes, et il suffirait alors, pour le provoquer, de « *souléver* » un peu la pression du doigt. Il varierait d'intensité en même temps que la lésion, s'atténuant pendant un traitement efficace, ou même disparaissant à la cicatrisation complète, pour reparaitre à un nouveau réveil du mal, au même point ou en un point voisin.

(1) SABOURIN. — *La douleur locale à la pression du doigt chez les tuberculeux.* (Journal des Praticiens n° 30 du 23 juillet 1910.)

Enfin, son importance serait telle, qu'il pourrait persister, alors même que l'auscultation et la percussion, au même niveau, seraient redevenues normales.

Et Sabourin, donne, pour ces motifs, au signe qu'il décrit, une importance de premier ordre, au point de vue du pronostic, puisque, d'après lui, on ne doit considérer comme définitivement guéris, que les sujets chez qui ont disparu non seulement les signes d'auscultation et de percussion, mais aussi la douleur provoquée au niveau des points reconnus primitivement atteints. Que si cette douleur existe, en un point précis, au sommet du poumon, chez un sujet porteur de ganglions sus-claviculaires du même côté, on peut affirmer le diagnostic de tuberculose pulmonaire au début, même en présence d'une auscultation et d'une percussion négatives.

Ce signe, précis, permettrait donc de déceler la présence de lésions, même très minimes, dans quelques cas où l'auscultation ne révélerait rien qu'une respiration normale. L'auteur croit devoir ajouter que ce signe de la douleur provoquée, se rencontrant dans d'autres affections des voies respiratoires, on ne devra pas, s'il existe *seul*, affirmer le diagnostic de lésions tuberculeuses, avant d'avoir recherché tous les autres signes de l'affection. Mais il n'en conserve pas moins une grande valeur, puisqu'il attire l'attention sur le siège d'une lésion, dont l'auscultation précisera la nature.

Avant Sabourin, dans une série d'articles parus de mars 1909 à avril 1910, F.-M. POTTENGER (1), directeur du sanatorium de Monrovia (Californie), insistant sur l'importance de la *contracture musculaire* pour le diagnostic des affections de l'appareil pleuro-pulmonaire, aiguës ou chroniques, propose deux méthodes d'examen :

L'une recherche la contracture musculaire en faisant rouler sous les doigts, les muscles superficiels, en appuyant brièvement et du bout des doigts sur les muscles plats ou profonds, qui ne peuvent être saisis.

La seconde est beaucoup plus délicate ; c'est la méthode du *palper léger*. Au moyen de celle-ci, Pottenger a pu arriver à délimiter les divers organes (foie, cœur), à travers le paroi thoracique, par la perception des différences de densité de leurs parenchymes, et aussi à fixer le siège de certaines lésions. Les doigts qui palpent éprouvent alors, en arrivant au niveau des points atteints, une sensation de résistance plus grande que dans les régions voisines, et cette résistance est due, en grande partie, à la contracture des muscles qui avoisinent le foyer morbide.

Les deux méthodes d'examen permettent donc

(1) F. M. POTTENGER. — *Journal of the amer. med. assoc.* — 6 mars 1909. — *Am. Journ. of the med. sc.* mai 1909. — *Med. Record* 23 octobre 1909. — *Lancet clinic*, 11 décembre 1909. — *Deutsche med. Woche*, 21 avril 1910.

d'établir, (en dehors des avantages particuliers que l'on retire de la seconde), qu'en un point précis, qui est le siège d'une lésion, tuberculeuse ou autre, la main qui palpe éprouve une sensation de résistance causée par la contracture de défense des muscles de la région. Le fait est d'ailleurs classique pour la percussion, et tout le monde connaît la sensation de résistance au doigt qui accompagne la matité dans un certain nombre d'affections thoraciques.

Dans les cas aigus, la contracture musculaire observée traduit un spasme aigu des muscles. Dans les cas chroniques, le palper peut sentir tous les degrés de la résistance.

Et GUGER qui commente les travaux de Pottenger, s'exprime en ces termes : « Cette différence
« entre le spasme aigu des foyers inflammatoires
« aigus, et les altérations chroniques des inflamma-
« tions chroniques, fournirait, d'après Pottenger,
« un point de repère important pour différencier
« les foyers en évolution des foyers éteints, donnée
« particulièrement intéressante en matière de tuber-
« culose. Mais la méthode faciliterait, en outre, le
« diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire,
« en partant du principe suivant : Si les muscles du
« cou, superficiels ou profonds, qui recouvrent le
« sommet pulmonaire, se montrent à l'état de con-
« tracture, spontanément ou au palper, le dôme
« pleural sous-jacent, ou le poumon, ou les deux

« organes sont certainement le siège d'une inflammation en activité (1). »

Le spasme musculaire est donc à peu près constant, et, comme le dit Gouget, joue un rôle dans la production de toute une série de manifestations bien connues (ankylose de la 1^{re} côte, flexion de la tête du côté malade, affaiblissement du murmure vésiculaire, expiration prolongée, respiration rude, submatité).

Parmi les auteurs qui ont expérimenté les méthodes de Pottenger, les avis sont sinon unanimes, du moins nombreux à admettre la valeur de la raideur musculaire en tant que symptôme de lésion pulmonaire, et, en particulier, de tuberculose. WOLFF-EISSNER (2), RNEBERG, ORSZAG (3), reconnaissent la valeur du symptôme, et leurs réserves s'adressent surtout à la méthode du palper léger, à laquelle ils reprochent d'être trop délicate.

HART, lui, ne croit pas que la présence d'une contracture musculaire puisse, à elle seule, permettre de conclure à une lésion du sommet du poumon.

Enfin SABOURIN, dont nous avons rappelé les travaux sur la douleur provoquée par la pression du

(1) GOUGET. — *La recherche de la contracture musculaire et le palper par attouchement léger comme moyen de diagnostic des affections thoraciques*. Presse médicale 1909, page 716.

(2) WOLFF-EISSNER. — *Deutsche med. Woch.* 21 avril 1910.

(3) ORSZAG. — *Wiener Klin. Woch.* 14 juillet 1910.

doigt, au niveau des lésions pulmonaires, remarque que cette douleur s'accompagne très souvent d'une réaction de défense musculaire, qui se manifeste par une contracture des muscles de la région intéressée.

Article II

Bien avant les auteurs que nous venons de citer, d'autres avaient déjà remarqué dans le domaine nerveux, chez les tuberculeux, certaines réactions anormales, et, bien loin de les classer dans le chapitre séméiologique, s'étaient contentés de les noter, et les avaient au contraire séparés de la tuberculose, concurremment à laquelle ils évoluaient, pour les classer parmi les manifestations de l'hystérie.

Plus de douze ans après, Leven, qui avait observé des faits analogues dans les dyspepsies, WEILL (1), (de Lyon), nota, le premier, des perturbations dans le domaine sensitif chez les tuberculeux ; et voici quelles sont les principales conclusions qu'il dégaa de ses recherches : « Dans près de la moitié des cas, on observe chez les tuberculeux, un ensemble de troubles nerveux, caractérisés par une *hyperesthésie profonde*, musculaire, osseuse, articulaire, qui reste toujours *prédominante d'un côté* ; cette hyperesthésie profonde s'accompagne d'anes-

(1) WEILL. — *Des troubles nerveux chez les tuberculeux*. Revue de médecine, 1893.

thésie ou d'hyperesthésie cutanée du même côté ou du côté opposé ; l'hyperesthésie musculaire est le symptôme le plus constant. Ces troubles sont essentiellement *passagers*, se développent rapidement, passant par un maximum, puis disparaissant progressivement dans l'espace de quelques semaines.

« Leur marche est le plus souvent parallèle à celle des lésions. »

JACQUET (1) confirma les observations de Weill, et, à propos d'une de ses communications, JEANSELME (2) fit connaître qu'il avait lui aussi observé plusieurs cas très curieux d'hyperesthésie systématisée qu'il attribuait à l'hystérie. Voici ce qu'il dit d'un tuberculeux, chez qui il avait observé une hémihyperesthésie droite : « J'incline à penser que « cette localisation est subordonnée à des lésions « pulmonaires très graves, (caverne tuberculeuse « très grande), presque exclusivement cantonnées « à droite, le sommet gauche ne présentant que des « lésions du premier degré. »

En 1899 JEANNOT, (3) un élève de Jacquet), choisissait comme sujet pour sa thèse de doctorat, l'étude des hyperesthésies systématisées chez les

(1) JACQUET. — Bulletin de la société médicale des hôpitaux 1897 à 1900.

(2) JEANSELME. — Bulletin de la société des hôpitaux 1898, page 594.

(3) JANNOT. — *De l'hémi-hyperesthésie chez les tuberculeux*. Thèse de Paris 1899.

tuberculeux pulmonaires. Puis Jacquet, poursuivant ses recherches sur la question, étendit à toutes les modalités nerveuses les observations que Weill avait rapportées pour la seule hyperesthésie profonde ou cutanée, et publia des exemples d'affections très diverses, où *du même côté que l'hyperesthésie* profonde ou superficielle, ont apparu, *en même temps, des troubles des réflexes, des troubles moteurs, des troubles trophiques, des troubles thermiques et vaso-moteurs et des phénomènes pupillaires.*

Jacquet, qui avait inspiré la thèse de Jeannot, a inspiré celle d'un autre de ses élèves, LEBAR, sur le même sujet.

LEBAR (1) a puisé les matériaux de sa thèse, très documentée, dans un nombre respectable d'observations dont un quart environ se rapportent à des tuberculeux pulmonaires. Chez ses malades, Lebar a étudié toutes les manifestations de l'activité nerveuse. La sensibilité superficielle au contact, à la douleur, à la chaleur, la sensibilité profonde, nerveuse, musculaire, articulaire ou osseuse, enfin la sensibilité musculaire au passage du courant électrique, ont été successivement examinées par lui. Pour cette étude un peu spéciale de la sensibilité, Lebar indique en détail la technique minutieuse qu'il a employée (2).

(1) LEBAR. — *Hyperesthésies systématisées et troubles connexes.* Thèse de Paris 1906.

(2) Nous renvoyons pour les détails de cette technique à la thèse de Lebar (page 9).

En dehors des divers modes de la sensibilité générale, il a noté avec soin chez ses malades, les troubles qu'il a observés dans les domaines divers de la sensibilité spéciale des organes des sens, de la sensibilité des organes, de la motilité, des réflexes, des phénomènes vaso-moteurs et thermiques, des troubles trophiques, des phénomènes pupillaires. La tuberculose pulmonaire figure, nous l'avons dit, pour près d'un quart, dans le total général des observations relevées par Lebar, (17 sur 75), observations qui ne concernent, dans leur ensemble, pas moins de 23 affections différentes.

Voici ce que l'on peut dégager du travail de Lebar relativement à la tuberculose pulmonaire. Les troubles que l'on retrouve le plus souvent notés dans ses observations, sont surtout l'hyperesthésie profonde névro-musculaire, l'hyperesthésie superficielle et les phénomènes pupillaires. L'auteur, suivant en cela l'exemple de son maître Jacquet, étudie sous une même dénomination d'hyperesthésie névro-musculaire, l'hyperesthésie profonde des muscles et celle des troncs nerveux qui marchent en général de pair. Voici une petite statistique, résumant les différentes perturbations de l'activité nerveuse chez les 17 tuberculeux observés par Lebar :

Hyperesthésie généralisée, mais avec prédominance du côté atteint : 2 fois.

Hyperesthésie profonde, névro-musculaire, unilatérale, du même côté que la lésion : 13 fois.

(Dans deux cas, cette hyperesthésie profonde s'accompagnait d'hypoesthésie superficielle du même côté).

Hyperesthésie profonde musculaire, localisée à un groupe musculaire isolé variable d'un jour à l'autre : 1 fois.

Hyperesthésie superficielle unilatérale, correspondant au côté malade (tact, douleur, chaleur) : 9 fois.

Hyperesthésie superficielle siégeant du côté atteint, mais localisée à la face interne de la jambe : 4 fois.

Dilatation pupillaire du côté malade : 7 fois.

Exagération du réflexe pileaire : 2 fois ; du réflexe rotulien : 3 fois ; du réflexe crémastérin : 2 fois ; du réflexe plantaire : 2 fois, du même côté que la lésion.

Troubles thermiques, au niveau de la joue et de l'oreille surtout, au niveau du thorax et de la main et même du membre inférieur du côté atteint : 8 fois.

Troubles trophiques : 3 fois, dont un cas d'atrophie cervico-faciale, un cas d'atrophie du membre inférieur et un cas d'hyperthricose du côté de la lésion.

La motricité examinée au dynamomètre est diminuée une fois du côté atteint.

Il y a hyperesthésie osseuse (tibia) : 3 fois.

Hyperesthésie des organes (testicule, globe oculaire) toujours du même côté : 4 fois.

La sensibilité électrique est augmentée deux fois.

Troubles sensoriels (surdité) : 1 fois.

Troubles vaso-moteurs (pommette) : 2 fois.

Dermographisme plus apparent du côté malade :

Trépidation-épileptoïde double du pied avec prédominance du côté malade : 1 fois.

Douleurs subjectives ressenties par le malade du côté atteint : 3 fois dans le bras et l'épaule, 1 fois dans le membre inférieur.

Hyperesthésie articulaire du genre : 1 fois.

Dans un cas, les réflexes étaient tous diminués du côté malade ; dans un cas, le réflexe pileaire est aboli des deux côtés.

Dans un cas, le testicule est moins douloureux du côté malade.

Dans un cas, l'hyperesthésie est croisée, existant au membre inférieur gauche et au membre supérieur droit. Mais ce cas n'est qu'une confirmation plus absolue des faits étudiés, car le membre inférieur gauche est porteur d'une arthrite de la hanche, et le poumon droit présente des lésions bacillaires. (1)

Comme on le voit, l'hyperesthésie névro-musculaire, qui est le fait le plus constant, se retrouve dans presque toutes les observations, pouvant être

(1) Nous rapportons plus loin cette observation complète.

généralisée ou même croisée, mais *se trouvant le plus souvent cantonnée du côté de la lésion*, soit qu'elle occupe la moitié du corps (h. unilatérale), soit qu'elle se localise à un ou deux groupes musculaires définis (h. partielle).

Lebar a noté également que, si l'on percute de la pulpe du doigt les muscles hyperesthésiés, on voit se former au point de percussion, un *nœud de contraction très douloureux* (pectoral) surtout chez les tuberculeux avancés.

Si, chez presque tous ses malades, le même auteur a noté une exagération de la sensibilité, la motricité est beaucoup moins troublée. Il y a quelquefois diminution de la force musculaire du côté atteint.

Les troubles des réflexes sont beaucoup plus fréquents et consistent le plus souvent en exagération du côté malade.

Ils ont été affaiblis dans deux cas de tuberculose pulmonaire, bien que l'examen des malades n'ait fait découvrir aucun signe d'affections, dans lesquelles on ait coutume d'observer cette diminution.

Les principaux phénomènes vaso-moteurs observés, sont la rougeur de la pommette, le dermographisme et les épistaxis.

Les troubles trophiques sont nombreux dans les diverses affections étudiées par Lebar. Dans le cas spécial de la tuberculose pulmonaire, il a noté un cas d'hyperthricose, un cas d'atrophie du membre

inférieur et un cas d'atrophie cervico-faciale du côté de la lésion.

Les phénomènes pupillaires sont aussi très souvent notés.

La dilatation du côté atteint figure dans 7 cas sur 17 de tuberculose observée.

Ce phénomène est du reste connu depuis longtemps, de même d'ailleurs que la rougeur de la pommette que nous avons déjà mentionnée. C'est GUBLER (1) qui a le premier observé ces deux faits. ROQUES (2) cite également un certain nombre de cas de phthisie pulmonaire où il a observé la dilatation pupillaire, et ses conclusions sont celles-ci : « La pupille la plus large correspond au côté malade, et, dans le cas des lésions bilatérales, la pupille la plus dilatée correspond aux lésions les plus avancées ». SORQUES (3) a observé également quelques cas analogues.

Sur la marche et la terminaison des troubles nerveux, voici résumées les conclusions de Lebar : « Il y a relation étroite entre l'irritation organique et les troubles sensitifs, ceux-ci s'atténuant avec le traitement pour disparaître à la guérison, et, au

(1) GUBLER. — *Union médicale* 1857, page 452.

(2) ROQUES. — *Note sur l'inégalité pupillaire dans les affections du poulmon de la plèvre et du péricarde*. Société du biologie, 17 avril 1869.

(3) SORQUES. — *Syndrome oculo-pupillaire dans la tuberculose du sommet*. Société médicale des hôpitaux, mai 1902.

contraire, s'exaltant dans quelques cas, au point de se généraliser, et d'acquérir une violence extraordinaire quelques heures avant la mort. » Et, parmi les oscillations et les variations d'intensité de ces troubles, le plus curieux phénomène est certainement le phénomène du « *transfert hyperesthésique* » découvert par Jacquet (1). Ce phénomène est analogue au transfert d'anesthésie qu'on observe chez les hystériques, et consiste dans le déplacement, d'un côté à l'autre, des troubles nerveux, sous l'action d'une influence irritante quelconque, plus forte que celle qui les maintenait en leur siège primitif. Que si cette influence irritante nouvelle cesse, les phénomènes reprennent leur localisation première. Nous verrons, plus loin, de quelle utilité est cette conception au point de vue pathogénique.

Nous avons insisté un peu longuement sur les recherches de Lebar parce qu'il rapporte, en même temps que ses recherches personnelles, les travaux de son maître Jacquet qui sont les plus importants sur la question ; et parce que c'est sur cette observation du « *transfert d'hyperesthésie* » et sur quelques observations de Lebar que nous baserons une explication satisfaisante des faits.

Il nous faut citer, avant de clore ce compte rendu historique, le nom de notre maître éminent, M. le docteur TRÉMOLIÈRES (2), qui, à propos d'un cas

(1) JACQUET. — Société médicale des hôpitaux 1899, page 445.

(2) F. TRÉMOLIÈRES. — *Hyperesthésies systématisées et troubles connexes*. Presse médicale, n° 60 du 28 juillet 1909.

typique d'hyperesthésie systématisée, observée par lui chez un jeune tuberculeux, a repris les mêmes faits dont il essaye de donner une explication en s'appuyant sur la théorie du transfert de Jacquet. Nous verrons plus loin, à propos de la pathogénie, ce que pense notre maître. On pourra lire du reste, un peu plus loin, l'observation dont nous parlons plus haut et que nous citons textuellement.

Voici quelle est, pour la tuberculose pulmonaire, l'histoire des hyperesthésies et des autres troubles nerveux qui souvent les accompagnent. Nous nous sommes efforcé de la faire aussi complète que possible, et nous avons cru utile de la faire suivre des observations suivantes, toutes très probantes, que nous empruntons aux auteurs que nous avons cités.

OBSERVATION. — Hyperesthésie névro-musculaire gauche, chez nos tuberculeux atteint de lésion du sommet gauche. Transfert de l'hemi-hyperesthésie à droite sous l'influence d'un foyer de broncho-pneumonie de la base de l'aisselle droite (1). — Homme de 33 ans etc... etc... *Etat actuel.* — Fièvre à 39 °/°. Toux, expectoration mucopurulente, sueurs nocturnes, amaigrissement, violent point de côté à gauche. L'auscultation et la percussion ne *donnent rien à droite*. A gauche, en arrière, percussion douloureuse dans la fosse sus-épineuse ; en avant à gauche, sous l'aisselle, un peu en dehors du mamelon foyer de râles sous-crépitants avec souffle s'étendant un peu au-dessus du mamelon.

(1) JACQUET. — Société médicale des Hôpitaux 1899, page 455.

Ce foyer est relié à la lésion du sommet par une zone passant sous l'aisselle et dans laquelle on perçoit de la matité et du souffle. Douleurs névralgiques partant du creux sus-claviculaire gauche et aboutissant au rebord des fausses côtes. Ces douleurs sont exaspérées par la respiration. La pression de tous les cordons nerveux du côté gauche arrache des cris au malade et le fait sursauter.

On ne peut faire vibrer les cordons nerveux dans l'aisselle ou le bras, sans provoquer de vives douleurs qui irradient jusqu'aux doigts. La palpation des masses musculaires du côté gauche est aussi très douloureuse.

A droite, la pression et la palpation n'éveillent que des sensations ordinaires. En découvrant le malade on note sur toute la moitié gauche du thorax et de l'abdomen une chair de poule très nette alors que le côté droit reste absolument lisse... sensibilité cutanée un peu exagérée du côté gauche. Réflexes patellaires presque abolis. Réflexe pharyngiens abolis, cremastérins normaux. Léger retrécissement de la pupille gauche.

22 avril. — Les phénomènes observés à l'entrée du malade, le 16 mars, sont modifiés. Réflexe pileaire (chair de poule) égal des deux côtés, très nette sur la cuisse *droite* après excitation du triceps crural droit. L'hyperesthésie a beaucoup diminué à gauche et elle existe à *droite où elle était nulle*. A l'auscultation, on découvre dans l'aisselle *droite* un foyer de râles sous-crépitanants fins, sans souffle. La veille le malade a eu des frissons, un point de côté sous le sein *droit* et a toussé davantage.

29 avril. — La lésion observée à droite a disparu. L'hyperesthésie a aussi disparu de ce côté, et a *repris sa localisation primitive à gauche*.

OBSERVATION. — Tuberculose pulmonaire chronique au second degré plus étendue à droite. Hyperesthésie névro-musculaire droite. Hyperesthésie superficielle droite ; pupille droite plus dilatée que la gauche (1). — Homme de 48 ans. Pas d'excès alcooliques ni vénériens. Le père mort, avait un caractère violent, nerveux, querelleur.

Amaigrissement marqué des muscles de l'épaule, de la cuisse et des jambes. Toux, surtout la nuit ; expectoration muco-purulente. Il y a 4 jours petite hémoptisie. Douleurs spontanées subjectives à droite sous le mamelon.

Examen. — *Poumon droit* : Au sommet, infiltration, râles sous-crépitaux un peu humides ; submatité et augmentation des vibrations. Dans le reste du poumon la respiration est un peu soufflante. *Poumon gauche* : quelques toux crépitaux secs, au sommet. Le reste du poumon est normal. Hyperesthésie superficielle *droite* à tous les modes. Hyperesthésie profonde musculaire *droite*. La pression au niveau de l'émergence des nerfs est plus douloureux à *droite*. La pression du globe oculaire *droit* est pénible ; la pupille *droite* est plus dilatée. Le testicule *droit* est plus douloureux. Réflexes rotuliens égaux ; plantaires et crémastérins paraissent plus vifs à droite.

OBSERVATION. — Tuberculose pulmonaire chronique. Troisième degré à gauche. Premier degré à droite. Hémiaтроphie faciale légère à gauche. Hemi hyperesthésie profonde gauche. Hypoesthésie superficielle gauche (2). — X..., 37 ans, parents morts, père tuberculeux, mère mo-

(1) LEBAR. — Thèse de Paris, déjà citée, page 247.

(2) LEBAR. — Thèse de Paris, déjà citée, page 255.

nomane après internement de 15 ans. Alcoolique lui-même (4 ou 5 absinthies).

En arrière, dépression sus-épineuse *gauche* plus accentuée ; légère atrophie du trapèze *gauche*. Submatité et élasticité moindre à *gauche*. Aux deux tiers internes du sommet *gauche*, souffle caveux. Gargouillements à la partie moyenne. Râles humides. En avant, submatité et craquements humides à *gauche*. A droite, les lésions sont bien un moins avancées. Respiration soufflante avec craquements très légers. Il y a un certain degré d'atrophie faciale *gauche*. La musculature du cou est moindre à *gauche* qu'à droite (trapèze deltoïde).

Omoïde *gauche* en aile, atrophie du grand dentelé ; ouverture palpébrale gauche moins grande. L'œil *gauche* est plus enfoncé. Arcade sourcillière *gauche* plus tombante, joue *gauche* aplatie. Pointe du nez légèrement déviée à droite. La peau du nez est plus épaisse à droite qu'à *gauche*. Commissure gauche plus élevée que la droite. La température droite est moins élevée que la *gauche*. La main *gauche* est plus chaude que la droite de deux degrés.

Hypoesthésie superficielle *gauche* ; hyperesthésie profonde névro-musculaire *gauche*. Névralgie dentaire *gauche* fréquente depuis plusieurs mois. Pupilles égales. Réflexes rotulien pileux, cremastérin, exagérés à *gauche*.

OBSERVATION. — Hyperesthésie croisée. Tuberculose pulmonaire chronique à forme lente, prédominante à droite. Arthrite tuberculeuse de la hanche gauche, névrite. Hyperthricose du membre inférieur gauche (1). — R.,

(1) LEBAR. — Thèse de Paris, déjà citée, page 259.

36 ans. Père éthyloque, mort bacillaire ; mère rhumatisante. 7 enfants morts sur 10, et trois sont morts de tuberculose pulmonaire. Grand alcoolique (eau-de-vie, apéritifs, vins).

Soigné à plusieurs reprises pour bronchite chronique et coxalgie. Il ressort chaque fois amélioré et peut travailler à nouveau. Présente déjà à ce moment un certain degré de laryngite.

Examen du 25 novembre 1903. — Poumon : En avant submatité au niveau du tiers supérieur du poumon droit. A ce niveau, respiration soufflante et rude, due à une compression bronchique avec induration du parenchyme et très peu de signes de bacillose. Un peu plus bas, on perçoit quelques râles humides rares. A gauche, quelques râles humides ou sommet.

En arrière : A droite, matité au sommet et submatité plus bas. Respiration soufflante et rude du haut en bas avec quelques râles humides. A gauche, respiration affaiblie au sommet ; plus bas, respiration rude avec de rares sous-crépitations. D'où bacillose ancienne subissant l'évolution fibreuse.... Un gros ganglion au sommet de l'aisselle droite, et quelques petits ganglions au cou.

Membre inférieur gauche. — Atrophie musculaire avec hyperthricose très marquée.... poils plus nombreux et plus longs. On note aussi un épaissement du derme du membre inférieur gauche, d'autant plus notable, qu'on se rapproche de l'articulation malade.

Hyperesthésie croisée. — Hyperesthésie musculaire et osseuse du *membre inférieur gauche*, remontant jusqu'à la ceinture ; hyperesthésie superficielle du même côté.

Hyperesthésie profonde de *l'épaule droite* et de toute la *moitié droite du thorax*.... Les signes de la coxalgie sont au complet. Impotence fonctionnelle, douleur provoquée en frappant sur le talon, ensellure lombaire, etc... Abaissement du pli fessier et de l'épine iliaque antérieure gauches. Raccourcissement du membre gauche (1 centim.) La circonférence à la partie moyenne de la cuisse gauche donne 42 centimètres et 47 centim. pour la cuisse droite.

OBSERVATION (1). — Chez un tuberculeux de 48 ans, les muscles des deux membres *gauches* sont plus atrophiés que ceux des membres droits. Ils sont extrêmement douloureux au palper, ainsi que tous les muscles de la *moitié gauche* du tronc. Le crural, le sciatique, le médian, le paquet nerveux de l'aisselle, le nerf auriculo-temporal sont au toucher bien plus douloureux à *gauche* qu'à droite. Ces troubles invitent à l'examen des divers modes de l'activité nerveuse.

Le réflexe achilléen, le réflexe rotulien, sont plus forts à *gauche* qu'à droite, et du côté *gauche* l'excitation tendineuse provoque une réaction de tous les muscles du membre inférieur. A *gauche*, la flexion passive du pied sur la jambe détermine une trépidation épileptique très accentuée. L'excitation de la plante du pied est plus vivement ressentie à *gauche* qu'à droite : les orteils se fléchissent légèrement. Quand l'ongle passe sur la peau de l'abdomen, les muscles abdominaux se contractent plus fortement à *gauche*.

Au début de l'examen, la sensibilité cutanée en ses di-

(1) TRÉMOLIÈRES. — *Hyperesthésies systématisées et troubles connexe*, in Presse Médicale du 28 juillet 1909.

vers modes semblait uniforme, sur tout le corps. Après l'étude des réactions musculaires tendineuses et nerveuses.

Son équilibre est rompu : contact, douleur, et température son ressentis à *gauche* avec plus d'acuité qu'à droite. Il existe une légère mydriase *gauche*. La pommette *gauche* est plus rouge que la droite.

Le simple contact de l'air détermine sur toute la moitié *gauche* du corps, le phénomène de la chair de poule.

L'examen viscéral révèle une tuberculose pulmonaire caséuse à lésions gauches maxima. Une caverne a détruit tout le sommet du poumon *gauche* ; dans toute la hauteur de celui-ci surtout en arrière, on entend des râles, sous crépitants. La percussion très douloureuse, dans le tiers supérieur du poumon *gauche* fait percevoir à ce niveau une matité très nette ; les vibrations y sont aussi exagérées.

Au poumon droit on ne constate que des signes très localisés de tuberculose au début de la deuxième période.

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Pour mener à bien notre étude, nous avons recherché méthodiquement, chez un certain nombre de malades (plus de cinquante), atteints de tuberculose pulmonaire chronique à différents stades de la maladie, en même temps que la douleur à la pression décrite par Sabourin, la contracture musculaire que Pottenger a observée dans les affections des voies respiratoires, et particulièrement de la phtisie, et aussi les hyperesthésies systématisées que les auteurs ont observées et étudiées, soit isolément, soit accompagnées de troubles nerveux d'un autre ordre.

Nos observations ont été prises, en partie, dans le service de M. le professeur Debove, à l'hôpital

Beaujon, en partie dans le service des bacillaires de M. le docteur Jacquet, à Saint-Antoine, les autres dans le service de notre maître, M. le docteur Petit, à l'Hôtel-Dieu.

Nous avons examiné nous-mêmes tous nos malades, et nous rapportons ici vingt-six de nos observations qui, toutes, à des titres d'importance diverse, sont positives. Nous avons laissé de côté une quinzaine de cas où notre enquête a été négative, et un certain nombre d'autres dans lesquels les manifestations nerveuses, limitées à une ou deux fonctions, étaient en même temps trop peu prononcées, et où nous avons craint qu'elles ne fussent factices et dues à l'influence exercée par nous sur le malade pendant l'examen. C'étaient, la plupart du temps, des hyperesthésies très limitées et très peu prononcées.

Voici comment nous avons procédé pour éviter de nous influencer nous-mêmes.

Nous avons commencé par examiner, chez chaque malade, l'état des différentes fonctions nerveuses, sensibilité cutanée au tact, à la douleur, sensibilité profonde, musculaire ou nerveuse, articulaire, osseuse, sensibilité des organes ; puis la motricité volontaire, les mouvements des membres, la force musculaire, puis l'état des principaux réflexes, la dilatation pupillaire, les phénomènes vasomoteurs (rougeur de la pommette, dermatographe) et thermiques, et l'état des organes des

sens. Nous avons recherché aussi la contracture musculaire spontanée ou au palper. Cet examen une fois terminé, nous avons ausculté le malade et noté les résultats.

La pulpe des doigts ou la tête d'une épingle promenées sur les diverses parties du corps, nous ont servi à examiner la sensibilité cutanée au tact. Pour la sensibilité à la douleur, nous avons employé la pointe d'une épingle ou le pincement. Nous avons recherché la sensibilité musculaire en isolant chaque muscle ou groupe musculaire et en le pressant modérément après l'avoir saisi à pleines mains. Pour la sensibilité articulaire, nous avons exploré tous les mouvements des articulations. Pour la sensibilité des os, nous avons employé la percussion.

Lebar conseille de se méfier des résultats obtenus par ce moyen, à cause des couches de tissu cellulaire qui séparent l'os du doigt qui percute et qui peut éveiller non la sensibilité osseuse, mais la sensibilité cutanée ou sous-cutanée. Nous ne croyons pas qu'il y ait là une cause d'erreur bien sérieuse; du moins pour les os superficiels sur lesquels nous avons expérimenté et que l'état de maigreur, toujours assez prononcé des sujets, place pour ainsi dire à fleur de peau : tels sont la clavicule, les côtes et l'épine de l'omoplate. La pression exercée, sur notre demande, par les mains d'un malade sur les nôtres, nous a permis de noter les différences

possibles due à l'affaiblissement de la force musculaire d'un côté. Pour éviter ici une cause d'erreur due à notre propre appréciation, nous n'avons noté que les différences très sensibles.

Troubles de la sensibilité. — Ces troubles que WEILL, (nous l'avons vu), avait retrouvés dans près de la moitié des cas, et que nous avons vu le plus souvent notés par Lebar, sont également ceux que nous avons relevés plus fréquemment. Nous pouvons dire qu'il n'y a pas un des malades dont nous rapportons les observations qui n'ait présenté une exaltation d'un quelconque des modes de la sensibilité. Nous avons observé trois ou quatre fois une *hyperesthésie superficielle généralisée*, le plus souvent avec *prédominance du côté atteint*.

L'Hyperesthésie superficielle unilatérale et *l'hyperesthésie profonde des muscles* se retrouvent bien plus fréquemment. Tantôt c'est tout le côté correspondant au poumon infiltré qui est hypersensible, tantôt c'est seulement la peau de quelques régions, comme le thorax ou l'abdomen, ou quelques groupes musculaires (muscles de l'épaule, muscles du mollet). Et, à ce point de vue, nous avons noté la fréquence de l'hyperesthésie des groupes musculaires du membre inférieur du côté correspondant au poumon atteint, ou au poumon le plus atteint dans le cas des lésions doubles.

Dans plusieurs cas nous avons noté de *l'hypoesthésie*.

thésie et même de l'*anesthésie* à peu près complète du côté opposé à la lésion en activité. Nous verrons plus loin que ce fait peut s'expliquer dans quelques cas par l'*épuisement nerveux* (OBSERVATION XV), dans d'autres, par la présence, de l'autre côté, de la lésion en activité, qui attire à elle la plus grande partie de la sensibilité, la somme totale de l'énergie sensitive restant constante. (Expériences de Brown Séquard. Voir plus loin).

Nous avons retrouvé dans deux cas de l'*hyperesthésie articulaire* (genou), et dans quelques cas aussi, de la *douleur à la percussion des os*, (tibia, fémur, côtes, clavicule. Nous n'avons observé qu'une fois la sensibilité du testicule et, contrairement à Lebar, nous n'avons pas retrouvé la sensibilité du globe oculaire qu'il mentionne au nombre des troubles observés par lui. Dans deux cas, l'interrogatoire nous a révélé des douleurs subjectives dans la moitié du corps correspondante à lésion.

Enfin, pour terminer cet examen de la sensibilité deux mots sur le signe que décrit SABOURIN. Nous l'avons retrouvé dans dix cas environ, par conséquent sinon constamment, du moins avec une assez grande fréquence. Nous avons employé le procédé indiqué par l'auteur, palpant de la pulpe du pouce et examinant les deux côtés simultanément et par comparaison. *La douleur à la pression correspondait aux lésions et, le plus souvent, dans le cas de lésions bilatérales, se retrouvait du côté le plus gravement atteint.*

Dans deux cas nous avons trouvé, au sommet du poumon, au point du tégument correspondant aux lésions, de l'hyperesthésie à la douleur seulement, correspondant à une sensibilité normale au contact aux mêmes points.

Troubles de la motilité volontaires. — Autant les troubles de la sensibilité sont fréquents, autant ceux de la motricité sont rares. Nous n'avons noté que deux fois *une diminution importante de la force musculaire*, du même côté que la lésion. Nous n'avons pas tenu compte des différences peu sensibles, car nous avons craint des erreurs d'appréciation. Dans un cas, le malade accusait aussi de la lourdeur et de la difficulté à effectuer les mouvements, dans le membre inférieur, du côté correspondant au poumon lésé.

Contractures. — Nous avons recherché avec beaucoup de soin la contracture musculaire à laquelle POTTENGER attache une réelle valeur diagnostique. Nous avons trouvé quelques cas assez nets de contracture *des muscles du cou*. Le sterno mastoïdien correspondant au sommet atteint roulait sous le doigt, tendu en corde et très dur au toucher. Nous avons constaté plusieurs fois la *contracture des muscles larges de l'abdomen*. La contracture se produisait souvent, comme phénomène réflexe de défense, à l'examen de la sensibilité, au niveau des points hyperesthésiés. La matité s'accompagnait

aussi quelquefois de résistance au doigt. Or, on sait que cette sensation n'est pas due à une autre cause que la contracture musculaire au niveau du point percuté.

Troubles des réflexes. — Nous avons trouvé à peu près constamment une exagération de l'un ou de plusieurs des principaux réflexes que l'on étudie ordinairement. Le réflexe crémastérin et le réflexe plantaire sont ceux dont les troubles se sont montrés les plus fréquents. Le plus souvent il y avait *exagération unilatérale correspondant à la lésion pulmonaire* ou à celle des deux lésions qui comportait une gravité plus grande. Mais nous avons, dans quelques cas, noté une exagération des deux côtés pour un même réflexe, sauf cependant pour le réflexe crémastérin que nous trouvions, en général, plutôt faible.

L'exagération que nous avons notée dans la plupart des cas, du côté correspondant au poumon malade, variait d'une légère augmentation du mouvement réflexe à une véritable trépidation musculaire durant plusieurs secondes, par exemple pour le réflexe du genou (OBSERVATION XX).

Nous avons observé rarement la diminution et l'abolition des réflexes (crémastérins).

Enfin, nous avons recherché à peu près chez tous nos malades *la trépidation épileptoïde ou clonus du pied*. Nous l'avons obtenue très nette une fois des

deux pieds, et, dans deux cas, elle était unilatérale et correspondait au côté malade, mais avec une netteté moindre.

Phénomènes pupillaires. — Du côté de la pupille, les phénomènes observés consistent uniquement en dilatation. Nos observations confirment celles des auteurs qui ont déjà noté le fait (Gubler, Roques, Lebar). S'il n'y a qu'une seule pupille dilatée, elle correspond au poumon le plus gravement touché ; si les deux pupilles sont dilatées, celle qui présente le plus grand diamètre correspond au poumon où les lésions sont le plus avancées.

Dans quelques cas nous avons observé une énorme dilatation des deux pupilles sans différence appréciable entre elles.

Notons en passant l'importance de ce phénomène qui, lui, est éminemment *objectif* et ne peut donner lieu à aucune interprétation fausse, ni être créé par la suggestion, ce qui, comme nous le verrons en discutant la pathogénie, le place en dehors des manifestations hystériques parmi lesquelles les auteurs avaient, au début des études sur les hyperesthésies systématisées et les troubles nerveux connexes, rangé tous les phénomènes observés par eux.

Troubles vaso-moteurs et thermiques. — Tout le monde sait que, souvent, ce qui frappe d'abord dans l'aspect extérieur d'un

tuberculeux, c'est la *rougeur de la pommette*. Elle est souvent très accentuée même dans des cas relativement peu avancés. Or, souvent, nous avons noté une différence de coloration entre les deux pommettes, et toujours à la pommette la plus colorée correspondait le poumon le plus gravement atteint. La pommette du côté opposé était elle-même rouge ou bien très pâle comme le reste de la face.

Nous avons observé un cas très net de *dermographie* sur tout le tégument de la moitié du corps correspondant au poumon infiltré. (OBSERVATION XVI^e).

Parallèlement aux troubles vaso-moteurs, nous avons noté deux ou trois fois une élévation de la température dans la moitié du corps correspondante aux lésions pulmonaires. Cette élévation était très sensible et facilement perçue en plaçant rapidement la face dorsale de la main alternativement d'une joue sur l'autre. Dans un cas une main était bien plus chaude que l'autre.

Troubles trophiques — Dans la thèse de Lebar on trouve, relativement aux troubles trophiques, trois ou quatre cas concernant des tuberculeux pulmonaires. L'un mentionne une hémiatrophie cervico-faciale, un autre un cas d'hyperthricose du membre inférieur du côté malade ; un troisième une atrophie du membre inférieur.

Les cas ne sont pas rares où l'on observe chez les tuberculeux, surtout à une période assez avancée,

une diminution considérable des masses musculaires, mais, le plus souvent, cette atrophie marche de pair avec l'amaigrissement et se trouve uniformément répartie. Pourtant nous avons observé un cas de tuberculose unilatérale où, du côté correspondant au poumon atteint, les masses musculaires de la cuisse et du mollet étaient très atrophiées et contrastaient avec celles du côté opposé.

Troubles des organes des sens.

— Ils sont rares et encore est-il discutable qu'on puisse les attribuer à la lésion pulmonaire. Nous avons observé dans ce sens un cas de surdité double, un cas de rétrécissement du champ visuel accompagné d'une diminution de l'acuité visuelle, et un cas de *surdité unilatérale*. Celle-ci serait le fait le plus probant, la malade ayant constaté le trouble de cette fonction quelques jours avant l'examen. (OBSERVATION XXI).

Quand au cas de diminution de l'acuité visuelle, (OBSERVATION XV), le malade nous dit avoir été soigné déjà pour ses yeux et nous ne pouvons en faire grand état.

En résumé, nos observations confirment, avec une fréquence peut-être un peu moindre, les faits reconnus par Sabourin et par Pottenger, ainsi que ceux que Weill, Jacquet, Lebar, Trémolières etc..., ont retrouvé soit chez les tuberculeux pulmonaires, soit dans d'autres affections.

Nous verrons plus loin que la même interprétation convient à tous ces troubles nerveux.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (1)

Homme de 43 ans, très amaigri, présentant des signes de tuberculose pulmonaire très avancée. Au côté *droit*, où l'auscultation fait entendre de gros râles sous-crépitaux à timbre cavitaire au sommet et dans toute la moitié supérieure du poumon. Du même côté, à la base, matité à la percussion et frottements indiquant une participation de la plèvre au processus. Le foie est gros. Le poumon gauche ne présente que des lésions minimes. La palpation de la fosse sus-épineuse et de la base du thorax est douloureuse du côté *droit*. Les masses musculaires de l'abdomen et des membres ne sont pas hyperesthésiées, pas plus que la peau des autres régions. Les pupilles sont égales. Le *réflexe* crémastérin est exagéré du côté *droit*, de même que les ré-

(1) Hôpital Beaujon. Service du professeur Debove, salle Sandras.

flexes rotulien et plantaire du même côté. Enfin, trépidation épiléptoïde légère du pied *droit*. Le malade n'avoue aucun excès de boissons alcooliques.

OBSERVATION II (1)

Homme de 40 ans, tuberculeux depuis plusieurs années. A *gauche*, matité et râles sous-crépitaunts dans toute la moitié supérieure. Le poumon droit est normal. Légère hyperesthésie cutanée au niveau du membre inférieur *gauche*, et hyperesthésie profonde musculaire très marquée au même membre, surtout au niveau du mollet. Le réflexe rotulien est identique des deux côtés. L'articulation du genou *gauche* est très douloureuse surtout quand le malade se met debout et essaie de marcher. En promenant le revers de l'ongle sur la paroi abdominale on observe une hyperesthésie cutanée assez marquée et une contracture musculaire de défense. Quant au thorax du *côté gauche*, hyperesthésie cutanée sur toute la hauteur. Douleur à la palpation au niveau des creux sus et sous-claviculaires *gauches*, et, en arrière, au niveau des fosses sus et sous-épineuses.

Les pupilles sont égales. Amaigrissement beaucoup plus marqué au membre inférieur *gauche*, dont les masses musculaires sont atrophiées.

OBSERVATION III (2)

Homme de 35 ans. Tuberculose à évolution rapide. Les deux poumons sont atteints, mais les lésions sont bien plus

(1) Hôpital Beaujon. Service du professeur Debove, salle Sandras.

(2) Hôpital Beaujon. Service du professeur Debove, salle Sandras.

avancées au poumon *droit*. Le poumon gauche présenté seulement des signes de début de la seconde période. Le malade manifeste une excitation généralisée au moindre mouvement que nous faisons pour l'examiner. Les réflexes sont uniformément exagérés et la percussion des tendons provoque une réaction de tous les muscles des régions correspondantes. La trépidation épileptoïde apparaît aux deux pieds. Le malade accuse de l'hyperesthésie superficielle aux deux côtés, si on promène, le long des deux membres inférieurs, la tête d'une épingle, mais une hyperesthésie plus marquée à *droite*. De même on note une plus grande, hyperesthésie profonde musculaire du côté *droit* à la palpation des muscles du mollet.

OBSERVATION IV (1)

Homme de 38 ans, père vivant, mère morte cardiaque. Buvait avant son entrée à l'hôpital du vin en quantité moyenne (un litre à un litre et demi par jour) et, de temps en temps, un peu d'alcool sous forme d'apéritifs. Il présente une fièvre à grandes oscillations. Le sommet du poumon *gauche* est détruit et remplacé par une caverne au niveau de laquelle l'oreille perçoit un souffle amphorique. A droite lésion de ramollissement avec râles sous-crépitaux. Le réflexe crémasterin *gauche* est légèrement exagéré. Les autres sont normaux, les pupilles égales. Légère hyperesthésie cutanée thoracique des deux côtés, mais plus marquée du côté *gauche*:

(1) Hôpital Saint-Antoine. Service du docteur Jacquet, salle Broussais.

OBSERVATION V (1)

Homme, 53 ans. Tuberculose pulmonaire du premier degré à *gauche*. Matité avec résistance au doigt et respiration rude et soufflante du même côté, hyperesthésie profonde musculaire marquée surtout au niveau de la cuisse et de la jambe à *gauche*. Réflexes normaux, pupilles égales.

OBSERVATION VI (2)

Tuberculose pulmonaire double au deuxième degré chez un homme de 55 ans. Les lésions sont un peu plus avancées à *gauche*, où les râles sont plus humides. Hyperesthésie cutanée et musculaire des deux côtés, sans que le malade puisse faire une différence d'un côté ou de l'autre. La pupille *gauche* est plus dilatée que la droite. Les réflexes sont normaux. Pourtant le réflexe crémasterin paraît un peu plus fort à *gauche*.

OBSERVATION VII (3)

Homme de 32 ans. Père et mère vivants. Alcoolique. Buvait un litre et demi de vin rouge par jour, du vin blanc en quantité notable, au petit déjeuner, et, le soir, deux et même trois apéritifs.

(1) Hôpital Beaujon. Service du professeur Debove, salle Sandras.

(2) Hôpital Beaujon. Service du professeur Debove, salle Sandras.

(3) Hôpital Saint-Antoine. Service du docteur Jacquet, salle Broussais.

À *droite* matité et râles sous-crépitaux, disséminés dans toute la partie supérieure du poumon. Le poumon gauche est à peu près normal. La percussion est douloureuse à *droite*. La pression légère exercée simultanément au moyen des deux pouces, suivant le procédé indiqué par Sabourin est plus sensible à *droite*, au niveau de la fosse sus-épineuse, et en avant au niveau du creux sous-claviculaire. Le malade nous apprend que lorsque la maladie se manifesta par une hémoptisie très sérieuse, pendant toute la période du début, le bras et l'épaule *droite*, ainsi que la jambe *droite* et la moitié correspondante du thorax, ont été très douloureux. Les réflexes ont sensiblement la même amplitude, un peu exagérés des deux côtés. Le réflexe plantaire est pourtant plus fort du côté *droit*. En dehors des points correspondant aux lésions le malade ne présente aucune hyperesthésie, ni superficielle ni profonde. Les pupilles sont égales.

OBSERVATION VIII (1)

Homme, 55 ans. Phtisie laryngée avec dysphagie et dysphonie. Sommet *droit* mat avec craquements. Peu de réactions nerveuses. Légère exagération des réflexes crémasterin et plantaire du côté *droit*. Le malade ne boit pas d'alcool en dehors du vin, dont il consomme environ deux litres par jour.

(1) Hôpital Saint-Antoine. Service du docteur Jacquet, salle Broussais.

OBSERVATION IX (1)

Tuberculose au deuxième degré du côté *droit* chez un homme de 28 ans. Les deux pommettes sont très rouges. Toute la moitié *droite* du corps est hyperesthésiée. En certains points même, où le malade ne ressent pas de douleur, la sensation de simple contact est plus forte à *droite*. La sensibilité profonde musculaire est aussi exagérée du côté *droit*. Du même côté le réflexe crémastérin est normal, mais les réflexes rotulien et plantaire sont exagérés. La pupille *droite* est très dilatée ; l'autre présente un diamètre à peu près normal. A l'auscultation, le sommet *droit* donne des sous-crépitations fins. Le poumon gauche respire normalement.

OBSERVATION X (2)

Homme de 32 ans, alcoolique avoué, (vin en quantité et apéritif nombreux) ; a eu de fréquentes hémoptisies ; est très amaigri et présente une courbe fébrile à grandes oscillations quotidiennes.

Le poumon gauche est normal. A *droite*, tuberculose au deuxième degré avec râles sous-crépitations et matité. La palpation est douloureuse à *droite*, au niveau du sommet surtout. Hyperesthésie cutanée et musculaire très vive du côté *droit*, surtout la dernière. La palpation des muscles

(1) Hôpital Saint-Antoine. Service du docteur Jacquet, salle Broussais.

(2) Hôpital Saint-Antoine. Service du docteur Jacquet salle Broussais.

du mollet et de la cuisse provoque de violentes douleurs. Le réflexe crémastérin est exagéré à *droite*. Les réflexes rotuliens sont accentués tous deux, le *droit* un peu plus que l'autre. Le réflexe plantaire des deux côtés est normal. Les pupilles sont égales. Le malade, nous l'avons dit, est très amaigri, et les muscles sont très réduits de volume aux bras et aux jambes. En arrière, les épines des omoplates font saillie, dessinent une crête aiguë, des deux côtés de laquelle des creux très prononcés (sus et sous-épineux) surtout à *droite*. Les muscles du cou, particulièrement le sternomastôidien paraissent contracturés, roulent sous le doigt, mais, à ce point de vue, on ne peut faire de différence entre les deux côtés.

OBSERVATION XI (1)

Homme de 79 ans. Début au mois de février, il y a dix mois. Le père est vivant, la mère est morte de suite de couches. Le malade ne boit jamais d'alcool, mais une grande quantité de vin (3 litres et plus).

L'examen des poumons révèle l'existence de lésions tuberculeuses doubles, mais plus avancées à *gauche*. De ce côté, souffle à timbre cavitaire et retentissement considérable de la voix et de la toux. A droite, râles sous-crépitants. La percussion est douloureuse des deux côtés dans la moitié supérieure du poumon, avec prédominance marquée (accusée par le malade), à *gauche*. De même la simple palpation est douloureuse au niveau de la fosse sous-épineuse

(1) Hôpital Saint-Antoine. Service du docteur Jacquet, salle Broussais.

gauche à peine ressentie à droite. Sur tout le côté *gauche* du thorax une piqûre d'épingle provoque une vive réaction de défense. A droite réaction modérée. La percussion des côtes et des clavicules est très douloureuse à *gauche* ; douloureuse aussi à droite, mais beaucoup moins. Le tibia *gauche* est aussi très douloureux et les mouvements de la jambe *gauche* sont pénibles. La face musculaire est diminuée à *gauche* de façon remarquable. Nous disons au malade de nous serrer, le plus fort qu'il pourra, les deux mains avec les siennes, et, alors que la main droite exerce une pression relativement vigoureuse, la *gauche*, malgré toutes nos sollicitations, et les efforts du malade, manifestement concentrés de ce côté, n'arrive qu'à serrer faiblement notre main, comme le ferait une main d'enfant.

Les muscles du bras, surtout le deltoïde, sont hypéresthésiés vivement à *gauche*. A droite, l'hyperesthésie est réelle, mais moindre. De même les muscles du membre inférieur *gauche*, surtout ceux du mollet sont très douloureux. Hyperesthésie cutanée à la douleur (piqûre d'épingle) au membre inférieur *gauche* ; au droit, plutôt hypoesthésie. Les réflexes sont normaux. Les deux pupilles sont dilatées, mais la *gauche* bien plus que la droite. La pommette *gauche* est plus rouge que la droite, et la joue et l'oreille *gauches* paraissent plus chaudes.

OBSERVATION XII (1)

Jeune homme de 17 ans. Tuberculose pulmonaire du premier degré avec un bon état général, à *droite*. Le sommet

(1) Hôpital Saint-Antoine. Service du docteur Jacquet, salle Broussais.

droit est mat à la percussion et la percussion y est douloureuse. Douleur vive à la palpation en un point très limité vers la partie moyenne de l'épine de l'omoplate *droite*, un peu et au-dessus d'elle, et, à ce niveau, respirations rudes avec quelques petits craquements secs. Du même côté, le réflexe rotulien est plus fort que du côté opposé.

OBSERVATION XIII (1)

■ Homme de 28 ans. N'a jamais fait d'excès de boisson. La *tommette gauche* présente une teinte rouge vif, l'autre est plutôt pâle. Le réflexe rotulien *gauche* est exagéré. Le réflexe plantaire aussi. L'examen de l'appareil pulmonaire fait découvrir en *arrière*, du côté *gauche*, et, en *avant*, sur la clavicule du même côté, de la matité à la percussion. A l'auscultation du sommet *gauche* on entend, par place, des craquements secs et quelques bouffées de sous-crépitations. Le poumon droit est normal.

OBSERVATION XIV (2)

Homme de 32 ans. Père et mère morts. Le père était très alcoolique. Lui-même buvait, avant son entrée à l'hôpital, un litre et demi de vin journallement, un ou plusieurs apéritifs (pas d'absinthe) et un café au cognac après les re-

(1) Hôpital Saint-Antoine. Service du docteur Jacquet, salle Broussais.

(2) Hôpital Saint-Antoine. Service du docteur Jacquet, salle Broussais.

pas. Le malade a eu une violente hémoptisie, qui a duré deux jours, à la suite d'une bronchite, et c'est ainsi que la maladie a débuté.

L'examen de l'appareil pulmonaire révèle l'existence d'une tuberculose au début de la deuxième période à *gauche* où l'auscultation fait percevoir des craquements humides et même de vrais sous-crépitations. Du même côté matité à la percussion. Dans toute la hauteur du même poumon il y a des râles de bronchite.

Le réflexe cutané abdominal et le réflexe crémasterin sont exagérés du côté *gauche*. Le testicule *gauche* est assez sensible à la pression, plus que le droit. Les réflexes rotulien et plantaire sont uniformément exagérés des deux côtés. Les deux pupilles sont dilatées, mais la *gauche* l'est plus que l'autre. La joue gauche est un peu plus rouge et plus chaude que la droite.

L'état général est assez bon. Il n'y a pas d'amaigrissement marqué.

OBSERVATION XV (1)

Homme, 32 ans. Bronchite grave il y a trois ans. Début de la maladie actuelle, il y a treize mois. Le père était alcoolique invétéré et très coléreux. Mère nerveuse « sujette aux migraines ». Lui-même est alcoolique, buvant journellement 4 à 5 litres de vin et dix à douze absinthes.

Examen du poumon DROIT. Une caverne occupe tout le sommet et l'auscultation fait percevoir un souffle à timbre

(1) Hôtel-Dieu. Service du docteur Petit, salle St-Charles.

cavitaire et un retentissement considérable de la voix et de la toux. Au-dessous râles sous-crépitaunts et matité jusqu'au tiers inférieur du poumon.

Le sommet *gauche* est submat à la percussion et l'oreille perçoit quelques petits craquements et une respiration soufflante.

Il y a superesthésie superficielle à la douleur seulement (piqûre d'épingle) et non au contact au sommet *droit*. Le sterno-mastoïdien *droit* est tendu en corde et roule sous le doigt, léger retrécissement du champ visuel et diminution de la vision du côté droit. Les pupilles sont égales. Il y a un léger degré d'hémiplégie *droite*. A la face, la joue *droite* est plus bombée que la gauche, l'aile du nez et la commissure relevés de ce côté, la pointe du nez est un peu déviée à gauche. La langue tirée hors de la bouche ne paraît pas déviée.

Du côté *droit* également il y a, au thorax, hyperesthésie superficielle au contact. Le réflexe crémastérin droit est aboli ; le gauche est plutôt exagéré. Au membre inférieur droit, hyperesthésie superficielle au contact de la douleur, et hyperesthésie musculaire et nerveuse. Seule la pression forte sur le sciatique dans le creux poplité, détermine une légère douleur. Les mouvements sont d'ailleurs conservés ; mais quant on examine la sensibilité de ce côté-là (jambe et thorax surtout), le malade fait lui-même la remarque suivante : « C'est drôle, c'est comme si c'était de la peau morte », au moment où nous pinçons fortement la peau et le tissu cellulaire de la cuisse droite.

Au contraire, le membre inférieur *gauche* est hyperesthésié. La pression sur les masses musculaires et sur le trajet du sciatique est très douloureuse. Le réflexe rotulien

gauche est un peu plus fort que le droit, le réflexe plantaire *gauche* est manifestement plus fort que son congénère.

Le malade, sans que nous lui demandions rien, nous dit que la maladie a débuté par le poumon droit, qu'il doit être « bien attaqué » et que, il y a quelques jours seulement, il a entendu M. Petit, pendant la visite, dire en l'examinant : « Le poumon gauche se prend également ».

OBSERVATION XVI (1)

Jeune homme de 18 ans ; tousse depuis trois ans. Ne crache pas et n'a jamais craché. La mère est morte d'une maladie de poitrine. Il tousse surtout la nuit ; la toux est sèche.

L'auscultation fait percevoir au sommet *gauche*, des râles sous-crépitants et la palpation et la percussion à ce niveau sont douloureuses. A droite, il n'y a que de la rudesse respiratoire.

Pas d'hyperesthésie superficielle ni profonde à l'abdomen ni aux membres. Les réflexes crémastérins sont plutôt faibles. De même les réflexes rotuliens et plantaires des deux côtés. Les pupilles sont égales. Il y a du dermographisme beaucoup plus marqué à *gauche*. La joue gauche est manifestement plus chaude que la droite.

(1) Hôtel-Dieu. Service du docteur Petit, salle St-Charles.

OBSERVATION XVII (1)

Homme 23 ans. Malade depuis deux ans. Son père est mort, il ne sait pas de quoi ; sobre ; quelques excès alcooliques rares et à de très lointains intervalles. Pas de syphilis ni aucune maladie vénérienne. Le malade est dans un état de maigreur extrême. Omoplates saillantes avec crête épineuse très vive et creux sus-épineux, sus et sous-claviculaires très accentués.

Examen de l'appareil pulmonaire. A *droite* souffle caverneux et râles sous-crépitaux très humides de la troisième période.

A gauche, deuxième période au début avec sous-crépitaux secs.

La clavicule et les côtes sont très douloureuses à la pression des deux côtés. Les pupilles sont égales. Hyperesthésie cutanée abdominale identique des deux côtés, mais hyperesthésie musculaire plus forte à *droite*. Douleurs subjectives dans la hanche, le genou, et tout le membre inférieur *droit*. Le fémur *droit*, particulièrement son extrémité inférieure, le tibia *droit*, sont douloureux à la pression. Hyperesthésie musculaire dans le membre inférieur *droit* et hyperesthésie nerveuse (sciatique) à *droite*. Le réflexe plantaire est plus fort à *droite*. Les deux réflexes rotuliens sont égaux et faibles. La pommelle *droite* est un peu plus rouge que la gauche.

(1) Hôtel-Dieu. Service du docteur Petit, salle St-Charles.

OBSERVATION XVIII (1)

Homme de 38 ans. Pas alcoolique. Boit seulement du vin en quantité moyenne.

Le poumon *gauche* présente des lésions de tuberculose à la première période. Induration matité et diminution du murmure vésiculaire au sommet. La percussion est douloureuse à *gauche*. Sensibilité à la douleur plus marquée à *gauche* (piqûre d'épingle), au même niveau. Le réflexe rotulien *gauche* est exagéré. Le réflexe cutané abdominal est exagéré du même côté. Il n'y a aucune hyperesthésie profonde ni superficielle aux membres : les pupilles sont égales.

OBSERVATION XIX (2)

Homme de 33 ans, n'ayant jamais fait d'excès alcooliques. Hérité nulle. Tuberculose pulmonaire double à la deuxième période.

A droite sous-crépitations secs. A *gauche*, lésions avancées, râles humides, gargouillements. Matité des deux côtés. La percussion est douloureuse à *gauche*, douloureuse aussi à droite, mais moins. Réflexe abdominal plus prononcé à *gauche*. Réflexes rotuliens et plantaires paraissant aussi un peu plus fort à *gauche*. Les pupilles sont égales. Il n'y a pas d'hyperesthésie ni superficielle ni profonde d'aucun côté.

(1) Hôpital Saint-Antoine. Service du docteur Jacquet, salle Broussais.

(2) Hôpital Saint-Antoine, Service du docteur Jacquet, salle Broussais.

OBSERVATION XX (1)

Jeune fille de 21 ans. Début il y a six mois par de la toux et un point de côté double à la respiration. Les parents sont vivants ; la mère est atteinte d'un cancer au sein. Elle tousse beaucoup. N'a jamais été malade mais, depuis le début (en juillet) elle est très mal réglée. En ce moment, elle n'a pas eu ses époques depuis deux ans.

Examen des pounons. A *droite* râles sous-crépitahts humides au sommet et matité. A gauche, submatité et quelques craquements. La pression et la percussion sont douloureuses dans les deux fosses sus-épineuses ; le réflexe abdominal très vif des deux côtés. Hyperesthésie superficielle et profonde du membre inférieur droit. Pincement de la peau, du tissu cellulaire, piqure d'épingle, pincement des muscles, pression le long du sciatique à la cuisse et dans le creux poplité, très douloureux à *droite*. Hyperesthésie plus faible du membre gauche. Le réflexe plantaire est plus fort à *droite*. A *droite*, trépidation épileptique du pied. Les deux pupilles sont énormément dilatées, mais la *droite* l'est encore plus que l'autre. Les deux réflexes rotuliens sont très forts, mais plus fort aussi celui de *droite*. De ce côté, la percussion sur le tendon provoque dans tous les muscles antérieurs de la cuisse une trémulation qui dure une quinzaine de secondes.

OBSERVATION XXI (2)

Tuberculose à la première période assez avancée chez une jeune femme de 27 ans, mère d'une petite fille. Mère

(1) Hôtel-Dieu. Service du docteur Petit, salle Ste-Madeleine.

(2) Hôtel-Dieu. Service du docteur Petit, salle Ste-Madeleine.

morte de couches, père vivant. Début de la maladie il y a cinq mois. Malade très maigrie.

L'examen des poumons donne un résultat normal à droite. Le sommet *gauche* est mat avec des petits craquements à l'auscultation. La malade a toussé beaucoup mais tousse beaucoup moins.

Il y a hyperesthésie superficielle du côté *gauche* sur tout le thorax. Hyperesthésie aussi du flanc et de la paroi abdominale *gauches*. Les mêmes régions à droite sont hypoesthésiées.

Le tibia *gauche* est douloureux à la percussian. Pas d'hyperesthésie superficielle ni musculaire. Les réflexes rotuliens sont tous deux exagérés. Il y a un réflexe plantaire *gauche* très fort.

A *gauche*, les muscles du cou sont durs au palper, contracturés et douloureux. Ganglions cervicaux à *gauche*. Les pupilles sont égales. Depuis 15 jours, la malade se plaint d'une diminution totale de l'ouïe à *gauche*. La pommette *gauche* est légèrement rosée et l'autre est très pâle. Il n'y a pas de dermographisme marqué.

OBSERVATION XXII (1)

Jeune fille de 17 ans. Mère vivante. Père mort d'une bronchite. Entrée à l'hôpital pour une pleurésie droite qui est guérie actuellement. Très irrégulièrement réglée. L'examen de l'appareil respiratoire révèle des signes de tuberculose au début à *gauche*. Matité et craquements au sommet de ce côté. Le poumon droit est normal. Hyperesthésie cutanée très forte du sur toute la partie *gauche* du thorax et

(1) Hôtel-Dieu. Service du docteur Petit, Salle Ste-Madelaine.

de l'abdomen. A droite, sensibilité normale. Hyperesthésie superficielle du membre inférieur *gauche* (tact, piqure). Hyperesthésie du tissu cellulaire sus-cutané. Hyperesthésie musculaire également au membre inférieur GAUCHE. Les deux tibias sont douloureux à la percussion ; les genoux sont également sensibles. Les réflexes sont exagérés : le réflexe plantaire des deux côtés, le réflexe rotulien un peu plus à *gauche*. La jeune fille paraît avoir un tempérament nerveux. La seule approche de l'épingle la fait sursauter et provoque des mouvements de défense.

OBSERVATION XXIII (1)

Femme de 54 ans ; veuve, sans enfants. A commencé de tousser un peu l'an dernier, puis beaucoup plus cet été. Le poumon *droit* présente au sommet des lésions de tuberculose au troisième degré. Souffle caverneux et retentissement de la voix et de la toux. Du même côté, sur toute la hauteur du poumon, râles sous-crépitaux plus ou moins humides. Le poumon gauche a son sommet également détruit par une caverne, mais les lésions y sont beaucoup plus limitées.

A *droite*, la percussion est douloureuse au sommet. La pression aussi. A gauche, de même, mais beaucoup moins. La clavicule est très douloureuse à *droite*. Le réflexe abdominal, normal à gauche et exagéré à *droite*.

Le tibia *droit* est très douloureux, les muscles du mollet du même côté, également. Il y a plutôt hypoesthésie superficielle aux deux membres inférieurs. Les réflexes rotuliens

(1) Hôtel-Dieu. Service du docteur Petit, salle Ste-Madeleine.

sont normaux. Réflexes plantaires exagérés. Pupilles très dilatées toutes deux. La joue *droite* est plus rouge que la gauche.

OBSERVATION XXIV (1)

Femme de 50 ans entrée pour bronchite.

Sur toute la hauteur des deux poumons on entend, en avant et en arrière, de gros râles de bronchite, mais le sommet *gauche* est infiltré et l'on perçoit des râles sous-crépitaux fins.

Il y a hyperesthésie cutanée thoracique très prononcée sur toute la surface, en avant et en arrière, hyperesthésie due probablement à la poussée aiguë de bronchite. Au sommet *gauche* à la pression et à la percussion. Les réflexes sont normaux. La pupille *gauche* est un peu dilatée. Il y a une légère hyperesthésie musculaire des membres *gauches*.

OBSERVATION XXV (2)

Homme de 30 ans, garçon boulanger. Buvait trois litres de vin par jour et un verre d'alcool de temps à autre. Très amaigri, tousse et crache beaucoup.

Les deux poumons présentent des lésions de tuberculose au deuxième degré, mais beaucoup plus avancées à *droite*, où les râles sont plus humides. L'omoplate *droite* est plus saillante, avec un creux sus-épineux plus prononcé.

(1) Hôtel-Dieu. Service du docteur Petit, salle Ste Madeleine.

(2) Hôtel-Dieu. Service du docteur Petit, Salle St-Charles.

Il y a hyperesthésie à la pression et à la percussion aux deux sommets. On note aussi un peu de contracture des muscles abdominaux du côté *droit*, et le réflexe abdominal est plus fort de ce côté.

Le réflexe crémastérin *droit* est plus fort que le gauche. Il n'y a pas hyperesthésie des membres, ni superficielle ni profonde.

Les réflexes rotuliens sont normaux. Les réflexes plantaires très forts, le *droit* encore plus que l'autre. La pupille *droite* est plus dilatée que la gauche. La force musculaire (pression des mains) est notablement diminuée des deux côtés, mais bien moins à gauche qu'à *droite*.

OBSERVATION XXVI (1)

Homme de 30 ans, porteur aux Halles, buvant d'ordinaire deux à trois litres de vin par jour ; dit ne pas boire d'alcool. Tousse depuis un an.

La percussion est douloureuse à *droite*, en arrière. A l'auscultation, en arrière, lésions au deuxième degré plus avancées à *droite*. En avant, au contraire, les lésions sont beaucoup plus avancées à gauche, où on entend des râles sous-crépitaux sur toute la hauteur du poulmon.

Hyperesthésie cutanée au niveau du thorax, un peu partout. Hyperesthésie musculaire des deux côtés. Réflexes exagérés des deux côtés. La pression au niveau des sommets est plus douloureuse en arrière, à *droite*. Les pupilles sont dilatées.

Les pommettes sont très rouges.

(1) Hôtel-Dieu. Service du docteur Petit, salle St-Charles.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Quelles sont les causes des troubles nerveux que nous venons d'observer, ou, pour nous exprimer plus exactement, (car nous laissons de côté la cause directe qui est, comme nous le verrons plus loin, la lésion pulmonaire), y a-t-il des causes adjuvantes, prédisposantes, qui puissent expliquer d'une part la non constance de ces troubles, et d'autre part leur fréquence ?

Examinons d'abord la question du *sexe*.

Parmi les vingt-six observations que nous rapportons, cinq seulement concernent des femmes. Mais ce sont les conditions dans lesquelles nous avons observé, et non le grand nombre d'observations négatives, qui nous ont forcé de ne leur donner que cette place restreinte.

Les services où nous avons puisé nos renseignements contiennent, en effet, beaucoup plus d'hommes que de femmes. Mais il est à prévoir que, les réactions nerveuses étant en général plus vives chez la femme, les troubles dont nous parlons s'y rencontreront avec une intensité et une fréquence pareilles.

D'ailleurs, les quelques cas que nous rapportons sont suffisamment démonstratifs.

La considération de l'âge est plus intéressante, et on peut se rendre compte que parmi nos observations, il n'y en a que très peu qui concernent des sujets âgés de plus de 50 ans, et que c'est chez les mêmes sujets que les réactions notées ont été les moins vives.

La grande majorité des cas concerne des individus âgés de 28 à 38 ans. C'est probablement que cet âge, qui est l'âge du plus grand développement de la force musculaire, est aussi celui de la plus grande activité nerveuse.

Les renseignements, touchant l'hérédité, ne sont pas nombreux dans nos observations, et on pourra voir que beaucoup même ne les mentionnent pas. Dans deux cas seulement, nous avons appris l'alcoolisme des parents, et dans quelques cas, isolés aussi, l'hérédité nerveuse ou tuberculeuse. Nous n'avons pas retrouvé de syphilis, mais c'est là un interrogatoire dont le résultat est toujours sujet à caution.

Mais les résultats de notre enquête sur les anté-

cédents personnels sont plus concluants. Ils ne sont certes pas variés : nous n'avons en effet relevé que l'alcoolisme.

Mais le nombre d'apéritifs, et en particulier d'absinthés, qu'avalait quotidiennement certains de nos malades, avant de venir échouer à l'hôpital, suffirait, à lui seul, à expliquer tous les troubles nerveux que nous avons observés, et bien d'autres encore.

Quelques-uns, pourtant, paraissaient sobres et se disaient tels. Mais chez ceux-là, comme chez les autres, la tuberculose pulmonaire dont ils sont atteints n'est-elle pas une tare suffisante, et l'amaigrissement et la déchéance physique qui l'accompagnent, ne suffisent-ils pas à expliquer que leur système nerveux ait acquis une impressionnabilité extrême ?

Age moyen de la vie, hérédité alcoolique ou névropathique, tares personnelles comme l'alcoolisme ou la syphilis, et enfin tare tuberculeuse, nous croyons qu'il y a là un ensemble incontestable de causes prédisposantes.

La dernière est commune à tous nos malades, puisque c'est chez des tuberculeux que nous avons observé, et nous étudierons tout à l'heure la tuberculose pulmonaire comme la cause directe, initiale, des troubles observés.

Mais, si elle est cause directe, c'est par ses lésions pulmonaires mêmes, et cela ne l'empêche pas,

comme maladie générale, de rester cause générale, par la déchéance qu'elle cause dans tout l'organisme.

Nous devons encore faire quelques remarques qui ont leur place dans le cadre de l'étiologie.

Les malades que nous avons pu observer presque immédiatement après leur admission à l'hôpital, ou dans les jours qui ont suivi, ont présenté à peu près tous une réaction, et, certains, une réaction très vive. La fatigue, le surmenage, qu'atténuent le repos au lit, favorisent donc cette hyperexcitabilité nerveuse. Et cette constatation aiderait à expliquer pourquoi, chez quelques malades en traitement depuis longtemps, nous n'avons rien observé.

Maintenant que nous avons passé en revue à peu près toutes les causes qui, de près ou de loin, nous ont paru jouer un rôle dans la production de ces troubles nerveux, essayons de donner de ces troubles une interprétation rationnelle, d'en expliquer la nature.

WEILL, qui, comme nous l'avons vu précédemment, a le premier étudié les hyperesthésies systématisées chez les tuberculeux, les attribua à l'hystérie tout en faisant à sa propre hypothèse des objections.

Il fait, en effet, remarquer que ses malades n'ont jamais présenté de phénomène paroxystique ou convulsif, et qu'ils n'ont pas d'hérédité hystérique. « Ils sont réfractaires à la suggestion, à l'hypno-

tisme ; leur état mental ne rappelle en rien celui des hystériques avérés, ni par la mobilité, ni par la tendance à l'exaspération, ni par le besoin de fixer l'attention (1). »

Ce serait donc pour WEILL une hystérie, mais une hystérie un peu spéciale.

JACQUET, au début de ses recherches sur les hyperesthésies, admit lui aussi leur nature hystérique. « Je ne connais pas pour ma part, disait-il, d'autre « supposition admissible (2). » C'était également l'avis de JEANSELME, mais lui aussi faisait des réserves : « Je me garderais bien d'affirmer que cette « névrose est l'unique cause du syndrome curieux « que je viens d'étudier. »

LEBAR, lui, ne croit pas que l'hystérie soit en cause. « Rien, en effet, dit-il, avant l'affection qui « motivait leur entrée à l'hôpital ne classait nos « malades comme hystériques (3). »

FRÉMOLIÈRES (4), n'admet pas davantage la nature hystérique de ces faits. Voici, en résumé, ce qu'il pense de cette interprétation : « Que l'on ad-
« mette la conception ancienne de l'hystérie ou
« qu'on admette la définition précise, limitative,

(1) WEILL. — *Des troubles nerveux chez les tuberculeux*. 1893. Revue de Médecine, page 452.

(2) JACQUET. — Bulletin de la société médicale des hôpitaux 1897, page 1170.

(3) LEBAR. — Thèse de Paris, page 82.

(4) TRÉMOLIÈRES. — *loco citato*. Presse médicale 1909, n° 60.

« proposée par Babinski, les troubles observés n'y
« ressortissent pas davantage ; d'une part, les trou-
« bles ou stigmates dits hystériques, manquaient
« chez nos malades, et, d'autre part, les phénomè-
« nes observés n'entrent pas dans le cadre des phé-
« nomènes hystériques de Babinski qui ont pour
« caractère d'être reproduits par la suggestion ;
« certains d'entr'eux que nous avons observés, l'hy-
« perthermie et l'inégalité pupillaire, par exemple,
« tout entièrement soustraits à l'action de la vo-
« lonté. »

Cette opinion nous paraît la plus vraisemblable, et, chez nos malades, non plus, nous n'avons pas retrouvé les antécédents nerveux, les crises de nerfs, paralysies, contractures, anesthésie pharyngée ou conjonctivale, etc... enfin les stigmates de l'hystérie.

JACQUET, poursuivant ses recherches sur la même question, abandonna bientôt sa première hypothèse, et établit que les troubles nerveux observés étaient sous la dépendance absolue d'une lésion causale, et il en donne les preuves suivantes : 1^o Dans les cas où des troubles nerveux ont été observés, on a toujours relevé une lésion quelconque ; 2^o cette lésion siège du même côté que les troubles nerveux ; 3^o si, alors que l'hyperesthésie existe très nettement d'un côté, il survient, en un point opposé, une nouvelle lésion, cette lésion *tire à elle* l'hyperesthésie. C'est le phénomène du *transfert*.

Il est d'ailleurs un fait qui est inconstable, que WEILL avait déjà noté et qu'à notre tour nous avons observé. Dans l'appréciation de l'intensité des troubles nerveux, laissons de côté la prédisposition causée par l'alcoolisme ou toute autre des causes générales que nous avons examinées tout à l'heure. Nous voyons alors, que cette intensité varie avec la gravité de la lésion, et que, si chez tel tuberculeux à lésions peu avancées on n'observe que peu de réactions nerveuses, chez tel autre, à la période de la maladie, on observe une hyperexcitabilité très grande. (OBSERVATION III).

Il aurait été intéressant, pour nous d'observer, au cours de nos recherches, ce phénomène du transfert, chez un tuberculeux, d'examiner, par exemple, un malade porteur d'une lésion pulmonaire unilatérale, et présentant de l'hyperesthésie du même côté, et de voir apparaître, du côté opposé, une lésion analogue, entraînant à sa suite tout le cortège des troubles nerveux. Nous n'avons pas rencontré de cas semblable, mais il en est pourtant un que nous rapportons, et qui, si nous ne l'avons pas observé en entier, n'en est pas moins très certainement un cas de transfert.

C'est l'OBSERVATION XV. Il est vraisemblable que chez ce malade, porteur d'une caverne tuberculeuse droite, et de lésions *plus jeunes gauches*, et présentant une *hyperesthésie gauche*, coïncidant avec de l'*hyperesthésie droite* et même avec de l'*anesthésie droite*, un phénomène de transfert s'est produit, à

l'apparition de la lésion du poumon gauche, lésion qui ne s'est déclarée que quelques jours avant notre examen.

Quant à l'hypoesthésie du côté droit, elle succéderait alors à l'hyperesthésie qui aurait siégé auparavant de ce côté et serait la conséquence, non seulement du transfert, mais aussi de « *l'épuisement nerveux* ».

Nous citons d'ailleurs une observation empruntée à Jacquet et qui est un type de ce transfert, (voy. chap. I), l'apparition d'un foyer de bronchopneumonie, ayant suffi à déplacer et à installer du côté correspondant, toute la série des troubles nerveux, qui existaient auparavant du côté opposé, où l'auscultation avait révélé au sommet du poumon, une lésion tuberculeuse. 4

La thèse de Lebar contient plusieurs faits de ce genre.

Il en est un autre, d'un ordre un peu différent, que nous rapportons aussi (voy. chap. I) et qui n'est pas moins probant. Ici l'hyperesthésie est croisée, chaque lésion (lésion pulmonaire droite et lésion coxo-fémorale gauche) attirant pour son compte dans chaque segment du corps correspondant une série de troubles nerveux.

Voilà, évidemment, une nouvelle preuve, que c'est bien la lésion organique qui commande aux troubles nerveux et qui règle leur siège. Cette lésion agit, sans doute, par irritation directe des filets ner-

veux centripètes qui se distribuent à la partie des bronches et des poumons qui l'avoisinent.

Jacquet, à qui revient le mérite d'avoir découvert les faits, et édifié la théorie, a eu du reste un prédécesseur dont les expériences sont suivant son expression « *mémorables et pourtant oubliées* ». Je veux parler de BROWN-SEQUARD.

Brow-Sequard, dans une série d'expériences sur les animaux (irritations cutanées, sections nerveuses) était arrivé à un certain nombre de conclusions, dont les travaux et les conclusions de Jacquet sont la reproduction clinique. En voici quelques unes :

1^o L'auteur constate la dilatation pupillaire, après section du nerf sciatique du même côté (1).

2^o Il rapporte des phénomènes d'inhibition et de dynamogénie observés à la suite d'une irritation cutanée par le chloroforme : Au voisinage du point d'application, contraction réflexe des muscles. Nystagmus du même côté. Contracture musculaire. Convulsion des muscles de la face. Augmentation de l'excitabilité du diaphragme et du nerf phrénique du même côté, diminution du côté opposé. Mêmes constatations pour les muscles et nerfs du côté de l'application.

3^o Après section de la peau, ou son irritation par le chloroforme ou un vésicatoire, on augmente notablement la sensibilité et l'excitabilité de tous les

(1) Comptes rendus de la Société de Biologie 1869, page 121.

nerfs des membres du même côté (1). Les mêmes phénomènes se produisent, après injection d'acide prussique, après section du nerf sciatique, du côté correspondant. De même après application de chlorure de méthyle sur le thorax (2).

4^e Enfin, Brown-Séquard a observé aussi le phénomène du transfert dans le cas suivant : L'anesthésie qui suit la section d'une moitié latérale de la base de l'encéphale, la droite, par exemple, peut être transférée du membre abdominal du côté opposé, le gauche, au membre abdominal du côté correspondant, le droit, si l'on vient à couper la moitié gauche de la moelle.

Et, si la lésion encéphalique, qui a produit l'anesthésie gauche, a produit de l'hyperesthésie droite, cette hyperesthésie est aussi transférée du côté opposé, par la lésion médullaire (3).

Tous ces faits expérimentaux concordent parfaitement avec les expériences cliniques de Jacquet, et ne peuvent évidemment, s'appliquer que par une action exercée par la lésion (pathologique ou expérimentale), sur les centres nerveux par l'intermédiaire des terminaisons nerveuses qu'elle irrite, action qui modifie plus ou moins les propriétés de ces centres nerveux.

(1) *Société de Biologie*, juillet 1884.

(2) Comptes rendus de la Société de Biologie, mars 1885, page 206.

(3) Comptes rendus de la *Société de Biologie*, avril 1884.

C'est donc bien, dans le cas qui nous occupe, la lésion pulmonaire qui a agi, comme agissaient dans les expériences de Brown-Séquart, le chloroforme déposé sur la peau ou l'acide prussique sous la peau.

La lésion attire à elle, dans tout le territoire qui lui correspond, la sensibilité. Et cette explication est également satisfaisante, que l'on envisage la série des troubles nerveux observés avant nous par Weill, Roques, Janselme, Jacquet, Lebar, Trémolières, pour ne citer que ceux qui se sont plus spécialement occupés de la question, ou que l'on envisage les signes spéciaux décrits par Sabourin et Pottinger.

Quels sont en effet ces signes ? Le premier n'est qu'une *hyperesthésie*, le second une *contracture*.

Sans doute, ils paraissent tirer de leur présence au sommet du poulmon, une importance spéciale. Mais, en réalité, leur présence ne prouve pas qu'il y ait une lésion sous-jacente, à plus forte raison ne prouve-t-elle pas que cette lésion soit tuberculeuse.

Etant données, en effet, les expériences de Brown-Séquard qui a obtenu les contractures et les hyperesthésies les plus diverses, par irritations cutanées, il n'est pas démontré que, par exemple, une affection quelconque de l'appareil respiratoire, comme un foyer de pneumonie aiguë, ou même une affection complètement indépendante de cet appareil,

ne pourra pas, parmi les hyperesthésies qu'elle provoquera, provoquer l'hyperesthésie au palper de la fosse sus-épineuse et parmi les contractures, une contracture des muscles du cou ou des intercostaux.

Nous pensons donc que ces phénomènes, décrits comme pouvant servir au diagnostic de la tuberculose, reconnaissent la même origine que les troubles étudiés précédemment, et qu'ils rentrent dans la catégorie des hyperesthésies systématisées et des troubles connexes, dont *l'apparition est liée à celle d'une lésion, mais d'une lésion qui reste quelconque, pourvu que siégeant du même côté qu'eux.*

Mais alors, puisque les phénomènes observés doivent s'interpréter dans le sens d'une irritation des filets nerveux centripètes par la lésion pulmonaire, comment expliquer que dans un certain nombre de cas, nous n'ayons observé aucune exagération de la sensibilité, ni d'aucune fonction du système nerveux ?

Ces cas peuvent, semble-t-il, se ranger en deux catégories, suivant qu'il s'agissait de la tuberculose au début, ou au contraire de lésions très graves.

Les premiers peuvent, selon nous, s'interpréter ainsi :

La lésion, peu accentuée, a encore perdu, sous l'influence du traitement et du repos, un peu de son caractère aigu. Elle a alors produit une irritation *faible* et l'augmentation parallèle du degré d'exci-

tabilité nerveuse a été elle-même trop minime pour que nous ayons pu la percevoir et la noter.

Mais cette excitation existe et suivant la loi de l'*addition latente*, sera emmagasinée dans les centres, jusqu'au jour où une irritation suffisante pourra la faire naître. En voici un exemple tiré de Lebar : Une femme malade est atteinte de salpyngo-ovarite gauche et de douleurs gastralgiques violentes ; elle a une hyperesthésie très modérée de tout le côté gauche. Une irritation dentaire vient s'ajouter aux causes d'excitations précédentes : l'hyperesthésie se généralise et devient très vive (1).

Voici maintenant la seconde catégorie de nos observations négatives : Un malade présente une caverne énorme du sommet avec pot félé, souffle, retentissement considérable de la voix et de la toux. L'examen des fonctions nerveuses n'a révélé aucune exaltation de ces fonctions, ou même a révélé une diminution de la sensibilité. C'est encore sur une observation de JACQUET que nous allons nous appuyer pour tâcher d'expliquer ce fait.

Jacquet a décrit, sous le nom d'*hypocsthésie prurittraumatique*, le phénomène suivant : Dans les prurits, l'irritation violente du grattage, après avoir exaspéré les démangeaisons, amène la détente. l'*éprouement sensitif* (2). On sait également que dans

(1) LEBAR. — *loco citato*, page 97.

(2) JACQUEL. — *Troubles de la sensibilité*, In *Pratique Dermatologique*, page 345 et suivantes.

bien des cas, l'hyperesthésie fait place à l'hypoesthésie ou à l'anesthésie (la compression d'un nerf après avoir surexcité sa fonction, la fait disparaître).

On peut admettre la même succession de faits dans le cas qui nous occupe. Notre tuberculeux ne présente pas de réactions nerveuses, parce que sa sensibilité s'est épuisée, après avoir été, sans doute, exaltée pendant les deux premières périodes de la maladie.

Et, de fait, plusieurs des cas de ce genre concernaient des tuberculoses à évolution très lente, durant depuis plusieurs années.

Notre OBSERVATION XV, que nous avons admise être un cas de transfert, ne pourrait-elle servir à expliquer le même phénomène, l'épuisement nerveux survenu du côté de la lésion ancienne, venant pour ainsi dire rendre plus complète l'hypoesthésie de ce côté, causée par l'apparition, du côté opposé, d'une lésion nouvelle ?

La localisation de la lésion suffirait, d'ailleurs, d'après Jacquet, à expliquer pourquoi dans certains cas, à évolution même rapidement aiguë et rapide, les fonctions nerveuses se sont nullement troublées. C'est que un foyer de tuberculose pulmonaire siégeant, par exemple, à la partie postérieure du sommet du poumon se trouvera, beaucoup mieux qu'une lésion antérieure, en rapport avec la chaîne sympathique, et le ganglion cervical inférieur qu'elle pourra irriter mécaniquement.

Il aurait été intéressant pour nous, de vérifier cette localisation sur le cadavre. L'occasion ne s'en est pas présentée ; mais l'explication n'en reste pas moins très satisfaisante.

Voici donc qu'elle sera la conclusion à tirer de cette courte étude pathogénique.

Les troubles nerveux, sensitifs ou autres, que nous avons observés dans plus de la moitié des cas chez nos tuberculeux (et, dans le cadre de ces troubles, nous faisons entrer les signes décrits par Saborin et Pottenger) reconnaissent pour cause initiale, dirigeante, le foyer pulmonaire, qui commande à leur intensité, à leur disparition, à leur déplacement.

CONCLUSION

VALEUR SÉMEIOLOGIQUE

De l'ensemble des faits que nous avons notés dans nos observations, et de leur comparaison avec les faits de même ordre observés par les auteurs dont nous avons rapporté les travaux, il résulte que, dans la moitié des cas environ, on observe, chez les tuberculeux pulmonaires, des troubles appréciables de la sensibilité, consistant surtout en *hyperesthésie*, accompagnés d'une série *d'autres troubles de tous ordres*. Il résulte de plus que ces troubles nerveux *siègent du même côté que la lésion pulmonaire*, et, dans le cas de tuberculose bilatérale, *siègent du côté le plus gravement*

atteint. Il résulte enfin que *dans l'ensemble de ces troubles on doit faire entrer les signes décrits récemment par Pottenger et Sabourin, parce qu'ils ont la même origine, la même pathogénie et la même évolution.*

De la courte étude pathogénique que nous avons faite, nous dégagerons encore les conclusions suivantes, qui nous paraissent rationnelles : 1° *Les phénomènes observés sont intimement liés à la présence de la lésion, qui commande à leur siège, à leur intensité, à leur apparition, à leur disparition ; 2° Ils sont identiques aux faits que LEVEN, WEILL, JACQUET, LEBAR, TRÉMOLIÈRES, ont décrits dans toute une série d'affections ; 3° Ils sont une expérience clinique comparable aux expériences physiologiques de Brown Sequard, la lésion pathologique agissant dans le même sens que l'irritation physiologique.*

En résumé, nous ne pensons pas qu'on puisse faire entrer aucun des phénomènes observés dans le cadre de la symptomatologie de la tuberculose pulmonaire. *De leur présence on peut conclure à l'existence d'une lésion située du même côté qu'eux, mais on ne peut préci-*

ser davantage puisqu'on les observe identiques dans les affections les plus diverses.

Les *phénomènes décrits par Pottenger et Sabourin* sont des phénomènes de même ordre. Leur situation spéciale au thorax et au sommet pulmonaire peut, sans doute, attirer l'attention vers une lésion de cet organe, mais *cette lésion peut n'être pas une lésion tuberculeuse et, qui plus est, elle peut ne pas être même une lésion pulmonaire*. On ne doit pas oublier que Brown-Séquard a pu obtenir, dans des expériences, dont nous avons admis que nos observations étaient une répétition clinique, les hyperesthésies et les contractures les plus variées et les plus étendues. La contracture des muscles du cou et du thorax et même l'hyperesthésie au sommet du poumon sont susceptibles d'être retrouvées dans des affections très différentes.

Quant à la *valeur pronostique* des hyperesthésies systématisées et troubles connexes, et en particulier des signes décrits par Pottenger et Sabourin, *nous ne l'admettons pas davantage*. S'il est vrai, en effet, que ces phénomènes augmentent ou diminuent d'intensité suivant l'intensité de la lésion, *nous avons vu*

qu'ils pouvaient manquer dans le cas de lésions très graves (épuisement sensitif), ou même ne pas être perçus par nos sens dans le cas de lésions légères.

WEILL, du reste, avait déjà noté que ces phénomènes étaient *essentiellement passagers*.

Ces phénomènes d'exaltation nerveuse doivent donc, à notre avis, être compris, seulement comme une *spécialisation à la tuberculose pulmonaire des expériences physiologiques de Brown-Séguar*d, et des faits cliniques rapportées par les auteurs dans les autres affections.

Vu : le Président de Thèse,

DEBOVE.

Vu : le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.